



Bewerbungsformular

(Bitte handschriftlich ausfüllen)

Bitte
1 Passfoto
beilegen

Gewünschte Anstellung*

Rettungsdienst oder **Krankentransport**

Im Hauptberuf

Im Nebenberuf

Job-Nr.

Nur vorübergehend vom _____ bis _____

Gewünschte Arbeitsregion : _____

Dienstaufnahme frühestens am: _____

Kündigungsfrist beim jetzigen Arbeitgeber: _____

Name: _____

(Bei Frauen auch Mädchenname)

Vorname: _____

(alle, Rufname auf der ersten Linie)

Wohnort: _____

(mit Postleitzahl)

Strasse: _____

Bei (Untermiete): _____

AHV Nr.: _____

Telefon Nr.: _____ P*

E-Mail: _____

_____ N*

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Heimatort: _____

Konfession: _____

Nationalität: _____

Ausländerausweis gültig bis:* _____

B C G L

Zivilstand* ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt

Vorname und (Mädchen-)Name des Ehegatten: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Vorname und Geburtsdatum der Kinder: _____

Vorname und Name der Eltern: _____

Erlerner Beruf: _____ Fähigkeitsausweis: Ja Nein

Momentane Tätigkeit: _____

Muttersprache: _____ schulisch Kenntnisse gut Kenntnisse sehr gut Diplom

Fremdsprache*: _____ _____

_____ _____

_____ _____

Grösse: _____ Gewicht: _____

Eigenes Fahrzeug:* Velo Mofa Kleinmotorrad Motorrad Auto

Führerausweis:* A1 A B C/C1 D/D1

Spezielle BPT- Bewilligung: 121 122



Militärdienst-/ Zivildienstpflichtig:* Ja Einstellung:_____ Grad:_____
 Nein Grund:_____

Sind Sie momentan bei guter Gesundheit?* Ja Nein
Haben Sie in den letzten 6 Monate Drogen konsumiert?* Ja Nein

Frühere Krankheiten, Unfälle, Behinderungen: Ja Nein
Welche:_____

Sind Sie bevormundet oder verbeiständet?* Ja Nein
Ist momentan eine Betreuung gegen Sie hängig?* Ja Nein
Bestehen auf Ihren Namen ausgestellte Verlustscheine?* Ja Nein
Allfällige frühere Vorstrafen, Bussen (auch bedingt erlassene)*? Ja Nein
Welche:_____

Sind Sie zurzeit in ein Strafverfahren verwickelt?* Ja Nein

Kurzer Lebenslauf: (nur falls noch kein Lebenslauf eingereicht wurde)

Bemerkungen:_____

Vier letzte Arbeitgeber: Firma	Adresse	Anstellungsdauer
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Referenzen: (inkl. Vollständiger Adresse – keine Verwandten und Freunde)

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

* Zutreffendes ankreuzen

Der/Die Unterzeichnete bestätigt, dass die Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Er/Sie ermächtigt die ALPHA MEDIC AG, über seine/ihre Person Erkundigungen einzuziehen und die oben angegebenen Arbeitgeber und Referenzen Auskunft über ihn/sie abzugeben. Diese Angaben werden vertraulich behandelt.

Ort und Datum:_____ Unterschrift:_____